Edmund G. Brown Jr.
STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND WELFARE AGENCY Governor

DEPARTMENT OF BENEFIT PAYMENTS
744 P Street Sacramento, CA 95814

April 23, 1975

ALL-COUNTY LETTER NO. 75-87

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: FOOD STAMP PROGRAM - SPANISH FOOD STAMP FORMS

REFERENCE: ALL-COUNTY LETTER NO. 75-47 DATED 2-27-75

Attached are copies of Spanish translations of forms DFA-285 (1/75 revision) Nonassistance Household Application for Food Stamps and WR-2A (12/74 revision), Supplemental Statement for Public Assistance Households.

Supplies of both forms are now available for immediate ordering through the usual channels.

Please direct any policy related questions or comments concerning this letter to Charles Teal of Food Stamp Policy Coordination Bureau, (916) 445-6907.

Sincerely,

DENNIS O. FIATT
Deputy Director

Attachment

cc: FNS, USDA
CWDA

OBSOLETE

Superseded by ACL #77-15

Issued 3-17-77

GEN 654 (2/74)

APLICACIÓN PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE ESTAMPILLAS DE CASA QUE NO RECIBE ASISTANCIA PÚBLICA

(Complete todos los artículos. Si la respuesta es "nada" escriba "nada" en el blanco. Si el artículo no aplica a Usted, escriba "No es aplicable" o "N/A.")

NOMAS PARA USO DEL CONDADO
CONDADO
NÚMERO DE CASO
NÚMERO(S) DE CASO(S) DE ASISTENCIA PÚBLICA

I. NOMBRE DEL JEFE(A) DE CASA (APELLIDO, PRIMERO) | NOMBRE SOLTERO(A)

DOMICILIO DE CORREO (NÚMERO, CALLE, NÚMERO DE RUTA, CIUDAD, CONDADO, ESTADO, ZIP CODE) | NÚMERO DE TELÉFONO O NÚMERO DONDE SE PUEDEN DAR MENSAJES

NOMAS PARA USO DEL CONDADO

DOMICILIO RESIDENCIA (SI DIFERENTE DEL DE ARRIBA) (NÚMERO, CALLE, NÚMERO DE RUTA, CIUDAD, CONDADO, ESTADO, ZIP CODE)

DIRECCIONES A LA CASA (LLENADO NOMAS POR EL TRABAJADOR(A)

II. LAS SIGUIENTES PERSONAS VIVEN EN LA CASA

Dé la siguiente información para todas las personas que viven en su casa, con excepción de recipientes de SSI, huespedes o personas que cuidan enfermos, dan servicios domesticos, o cuidado de niños. Ponga esas excepciones en número III.

	NOMBRE (Apellido, Primero)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	RELACIÓN AL JEFE(A) DE CASA (Hijo, esposa, etc.) Si no es pariente escriba "NADA"	Condición de empleo (vea abajo a la derecha)	Estado como ciudadano(a) o extranjero(a) (abajo a la izquierda)	Es cada miembro marcado "H" registrado para empleo	
								SÍ	NO
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

CONDICION COMO CIUDADANO(A) O EXTRANJERO (A)
1. Ciudadano(a) Americano(a)
2. Extranjero(a) permanente
3. Extranjero(a) temporal
4. Ninguno de los de arriba

CLAVES DE CONDICIÓN DE EMPLEO

A. Madre o otro(a) miembro de la casa con responsibilidad de cuidar por enfermos o incapacitados o niños dependientes menores de 18 años.
B. Estudiente(a) matriculado(a) cuando menos medio tiempo en una escuela o programa de entrenamiento.
C. Personas que trabajan cuando menos 30 horas por semana.
D. Personas que no pueden trabajar por razones fisicas o mentales.
E. Personas empleadas por si mismas a tiempo cabal.
F. Bajo 18 años de edad.
G. Mayores de 65 años de edad.
H. Puede trabajar *(tal persona debe de completar formulario de registro para trabajo antes de que se pueda establecer eligibilidad para estampillas para comida).*

III. Algunas de las personas que viven en casa pagan por cuarto, comida o ambos. ☐ Sí ☐ No

Si es sí, dé la siguiente información:

NOMBRE (Apellido, Primero)	MARQUE (✓)			CANTIDAD PAGADA	¿ CADA Y CUANDO?		
	Cuarto	Comida	Ambos		Por Semana	Por Mes	Otro

2. ¿Vive cualquier miembro en la casa para dar cuidado a enfermos, servicios domesticos o cuidado de niños para que Usted o otros miembros de la casa puedan trabajar ☐Si ☐No Si es sí, dé el nombre de esta persona:

3. ¿Viven otras personas en la casa? Si es sí, dé los nombres y condición - por ejemplo, ¿Comparten la casa o rentan? ¿Viven en parte separada de la casa? Explique en lleno: _____

4. ¿Tiene lugar para preparar comidas cocinadas donde vive? ☐ Sí ☐ No

5. ¿Usted o su esposo(a) no pueden preparar comida por razones de salud? ☐Sí ☐No Si es sí recibe Usted comidas de:

A. Programa de Meals on wheels ☐ Sí ☐ No
B. Comedor comun ☐ Sí ☐ No

6. ¿Es Usted, o cualquier miembro de casa, miembro de un centro de curación o rehabilitación de adictos a drogas o alcohol? ☐ Sí ☐ No Si es sí, dé el nombre:

¿Participa Usted como ☐residente o ☐no residente?

NOMAS PARA USO DEL CONDADO

IV. Escuela o Programa de entrenamiento. Dé la siguiente información de personas señaladas bajo Artículo II como estudiantes de 18 años o más.

NOMBRE DEL MIEMBRO ESTUDIANTE QUE VIVE EN CASA (Apellido, Primero)	NOMBRE DE ESCUELA O PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO	NÚMERO DE HORAS QUE ATIENDE CADA SEMANA

V. MEDIOS PECUNIARIOS: Medios pecuniarios incluyen dinero en mano, dinero en cuentas de cheques o ahorros (incluyendo uniones de credito) acciones, bonos, y otros artículos que facilmente se pueden convertir a dinero, igual que propiedad inmueble, edificios, y propiedad personal (tal como campers, snowmobiles, botes, motores, ect.). No incluya su casa y artículos personales (ropa, libros, ect.) muebles, artículos de casa y un automobil registrado con licencia. Si nada, escriba "NADA."

NOMBRE DE PERSONA DUEÑA(O) DE LOS MEDIOS PECUNIARIOS (Apellido, Primero)	TIPO DE MEDIOS PECUNIARIOS	VALOR	CANTIDAD QUE DEBE DE ESTE MEDIO PECUNIARIO
		$	$
		$	$
		$	$
		$	$
		$	$
		$	$

2. MEDIOS PECUNIARIOS USADOS PARA HACER DINERO: Ponga todos los medios pecuniarios usados para producir ingresos tales como propiedad rentada, propiedad inmueble o personal, ect. Si nada, escriba "NADA"

NOMBRE DE PERSONA DUEÑA(O) DE LOS MEDIOS PECUNIARIOS (Apellido, Primero)	TIPO DE MEDIOS PECUNIARIOS	VALOR	CANTIDAD QUE DEBE DE ESTE MEDIO PECUNIARIO	INGRESO POR MES
		$	$	$
		$	$	$
		$	$	$
		$	$	$

VI. INGRESOS (Ponga todos ingresos de todos origenes) Ingresos incluyen, pero no son limitados a: pagos de asistencia pública o general (welfare), seguro social o retiro del ferrocarril; pago de vacaciones, pago de desempleo; beneficios de huelga; obsequios de dinero, premios y adjudicaciones a su favor, becas y prestamos para educación, dividendos y interes; sueldo de empleo o entrenamiento; incluiendo casa gratis dada por su patrón; pagos por cuidar niños ajenos; annualidades y pensiones; pagos para sostinimiento de hijos del el(la) ex-esposo(a) y sentencia judicial de su ex-esposo(a) de pagarle por razón de divorcio o separación. Si nada escriba "NADA."

NOMAS PARA USO DEL CONDADO

NOMBRE (Apellido, Primero)	EDAD	ORIGEN DE INGRESOS (Nombre de agencia, compania o patron)	CANTIDAD TOTAL	¿CADA Y CUANDO? Semana	Cada 2 Semanas	2 veces al mes	Por mes	DESCUENTOS (de sueldo ganado) Impuestos (Taxes) Separe Cada Uno 1. Federal 2. Estado 3. Cuidad	SEGURO SOCIAL	OTRO (Pagos de union, retiro, ect.)
			$					1 2 3	$	$
			$					1 2 3	$	$
			$					1 2 3	$	$

NOTICIA: Talones de pagos o otros documentos que puedan verificar la cantidad de ingresos de empleo y los descuentos mandatorios o ingresos de otro origen, deben de ser adjuntados o estar disponibles si se piden.

Si cualquier miembro de la casa tiene ingresos de empleo por si mismo o por operación de rancho, una forma suplemental debe de ser llenada. La oficina de estampillas para comida dará, si pide, la forma que se usa para reportar estos ingresos.

VII. GASTOS.
De la siguiente información sobre gastos de su casa.
PONGA NOMAS LOS GASTOS QUE ACTUALMENTE SON PAGADOS.
Gastos pagados por otra persona o por otra manera deben de ser incluidos.

	Cada y cuando son esos gastos actualmente pagados					
	CANTIDAD	Semana	Cada 2 Semanas	2 veces al mes	Por mes	NÚMERO DE MESES QUE DEBE PAGAR
1. VIVIENDA						
a. Renta o pago de casa.	$					
b. Utilidades (no incluidas en la renta)						
(1) Combustible para cocina y calentar (incluyendo leña) . . .	$					
(2) Electricidad	$					
(3) Teléfono (cobro minimo por uno)	$					
(4) Agua	$					
(5) Desagüe y/o basura	$					
c. Impuestos y amillaramientos (pagos por año).						
(1) Impuestos de propiedad inmueble	$					
(2) Amillaramientos especiales (si requirido por ley)	$					
d. Pago de seguro de lumbre	$					
2. MEDICOS						
a. Servicios medicos y dentales	$					
b. Hospital o cuido de enfermo	$					
c. Seguro de salud y medicare	$					
d. Drogas de prescripción	$					
e. Costos de transportación para cuidado medico	$					
f. Otro (especificamente)_____	$					
3. RAROS						
a. Remplazo o reparación de propiedad perjudicada o perdida por vandalismo, lumbre, robo, inundación, tormenta, ect. (Explique en pagina aparte, firme y ponga fecha)	$					
b. Gastos funerarios pagados por miembros de la casa (Explique en página aparte, firme y ponga fecha)	$					
4. OTROS						
a. Pago por cuidado de un niño o otra persona cuando necesario para que un miembro de la casa trabaje fuera de la casa. . . .	$					
b. Tutoria y cuotas mandatorias para la educación (no incluya el costo de libros y materiales)	$					
(1) Cuando pagado?_____						
(2) Pagado para quien?_____						
(3) A quien pagado?_____						
(4) Tiempo cubrido por el pago: De_____ a _____						
c. Pagos de suporte de niños o para el(la) ex-esposo(a) ordenados por corte	$					

5. Alguien que no es miembro de la casa paga por cualquiera de estos o otros gastos? ☐ Sí ☐ No
Si es sí dé la siguiente información:

NOMBRE DE LA PERSONA (Apellido, Primero)	TIPO DE GASTO	CANTIDAD PAGADA
		$
		$
		$

NOMAS PARA USO DEL CONDADO

¿Son estos artículos señalados como Ingresos en Sección VI?
☐ Sí ☐ No

VIII. Anticipa Usted cambios en las circumstancias de su casa – ingresos & medios pecuniarios, lugar o manera de vivir o otras circumstancias discutidas arriba – en el pronto futuro? ☐ Sí ☐ No Si es sí, explique en detalle.

IX. Si soy eligible para estampillas para comida, yo quiero comprarlas (marque una)
☐ DOS VECES AL MES ☐ UNA VEZ AL MES

X. CERTIFICACIÓN

Yo certifico que esta aplicación hacido examinada por mi (o leida a mi) y que la información dada es cierta y correcta a mi mejor creencia y saber. Estoy de acuerdo de dar a la oficina de estampillas para comida del Condado información necesaria para verificar las declaraciones hechas en esta aplicación y aqui doy permiso para que se obtenga tal verifi--cación. Tambien cooperare enteramente con empleados estatales y federales en revistas del control de calidad.

Estoy de acuerdo de informar dentro de 10 días a la oficina de estampillas para comida del condado de cualquier cambio de ingresos brutos o deducciones cuando cualquiera cambie en total más de $25.00 al mes dentro el tiempo de eligibilidad, o cualquier cambio de condición de registro para trabajo, el número de personas en la casa, o cualquier cambio en la composición de la casa o arreglos y manera de vivir, o cualquier aumento de medios pecuniarios excepto si tales medios pecuniarios continuan en total menos de $1,500 (menos de $3,000 para casas que incluyen dos o más miembros y cuando menos uno de ellos es mayor de 60 años de edad) y de cualquier otro cambio de información que he dado porque tales cambios pueden afectar la eligibilidad de comprar estampillas para comida o la cantidad pagada por ellas.

Yo entiendo que cuando piense mudarme a otro condado o estado, es posible que mi eligibilidad para estampillas de comida se traspase con mi persona solo si yo reporto que me mudo a esta oficina de estampillas para comida antes de alejarme y obtengo el documento de traspaso FNS-286.

NO DISCRIMINACIÓN: Esta aplicación será considerada sin relación a raza, color, creencia religiosa, origen nacional, o creencias politicas.

Yo entiendo que yo tengo derecho a audiencia si no soy satisfecho(a) con la acción tomada tocante mi aplicación por la oficina de las estampillas para comida. Yo puedo discutir la acción con el departamento de bienestar del condado. Si quedo disatisfecho(a) con esta discusión, puedo pedir una audiencia con el Departamento de Pagos de Beneficios. La petición puede ser en escrito o por palabra, y debe de declarar porque no es satisfecho(a). La petición tiene que ser recibida por la Oficina del Jefe de Arbitros (Chief Referee) DBP, 744 P Street, Sacramento, California 95814, dentro de 90 días de la fecha postal de la noticia de acción adversa con la cual no estoy satisfecho(a). Puede ser que yo tenga derecho de continuar a recibir mis estampillas para comida si pido una audiencia dentro de 10 días de la fecha postal de la noticia de acción adversa.

ANTES DE FIRMAR SU NOMBRE, DEVUELVA Y EXAMINE QUE CUALQUIER ARTÍCULO QUE APLIQUE A SU CASA HA SIDO RESPONDIDO CORRECTAMENTE.

PENAS POR FRAUDE: Las leyes estatales y federales dan pena incluyendo multa, inprisionamiento o ambos a person--as alladas en delito de obtener estampillas para comida por las cuales no son eligibles por hacer declaraciones falsas; o;

FALTA DE REPORTAR PRONTO CUALQUIER CAMBIO DE CIRCUMSTANCIAS. Si la evidencia indica que tales individos violaron la ley voluntariamente, ellos seran referidos a la autoridad de enfuerzo de leyes para investigación y posible prosecución.

CUALQUIERA QUE AYUDA a otro a obtener estampillas para comida por fraude es sujecto a las mismas penas.

FIRMA (JEFE(A)) DE CASA O ESPOSO(A)	FECHA
FIRMA (REPRESENTANTE AUTORIZADO O OTRA PERSONA QUE COMPLETO LA APLICACIÓN)	FECHA

Si la aplicación es completada por representante autorizado adjunte autorización en escrito del jefe(a) de casa o el(la) esposo(a)

SI FIRMADA CON "X" FIRMA DE TESTIGO(A)	FECHA
FIRMA DE TRABAJADOR(A) DE ELIGIBILIDAD QUE COMPLETO LA CERTIFICACIÓN	FECHA

Si desea que otra persona compre sus estampillas para Usted, dé el nombre y domicilio de el(ella):

DECLARACIÓN DE DATOS SUPLEMENTARIOS PARA APOYAR LA CERTIFICACIÓN DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA POR CASAS QUE RECIBEN ASISTANCIA PÚBLICA

(Complete todos los artículos. Si la respuesta es "nada,, escriba "nada" en el blanco. Si el artículo no aplica a Usted, escriba "No es aplicable" o "N/A.")

NOMAS PARA USO DEL CONDADO
CONDADO
NÚMERO DE CASO
NÚMERO(S) DE CASO(S) DE ASISTENCIA PUBLICA

I. NOMBRE DEL JEFE(A) DE CASA (APELLIDO, PRIMERO) | NOMBRE SOLTERO(A)

DOMICILIO DE CORREO (NÚMERO, CALLE, NÚMERO DE RUTA, CIUDAD, CONDADO, ESTADO, ZIP CODE) | NÚMERO DE TELÉFONO O NÚMERO DONDE SE PUEDEN, DAR MENSAJES

NOMAS PARA USO DEL CONDADO

DOMICILIO RESIDENCIA (SI DIFERENTE DEL DE ARRIBA) (NÚMERO, CALLE, NÚMERO DE RUTA, CIUDAD, CONDADO, ESTADO, ZIP CODE)

DIRECCIONES A LA CASA (LLENADO NOMAS POR EL TRABAJADOR(A)

II. LAS SIGUIENTES PERSONAS VIVEN EN LA CASA

De la siguiente información para todas las personas que viven en su casa, con excepción de recipientes de SSI, huespedes o personas que cuidan enfermos, dan servicios domesticos, o cuidado de ninos. Ponga esas excepciones en numero III.

	NOMBRE (Apellido, Primero)	EDAD	RELACIÓN AL JEFE(A) DE CASA (Hijo, esposa, ect.) Si no es pariente escriba "NADA"	Condición de empleo (vea abajo)	Es cada miembro marcado "H" registrado para empleo	
					SÍ	NO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

CLAVES DE CONDICION DE EMPLEO

A. Madre o otro(a) miembro de la casa con responsibilidad de cuidar por enfermos o incapacitados o niños dependientes menores de 18 años.
B. Estudiente(a) matriculado(a) cuando menos medio tiempo en una escuela o programa de entrenamiento.
C. Personas que trabajan cuando menos 30 horas por semana.
D. Personas que no pueden trabajar por razones fisicas o mentales.
E. Personas empleadas por si mismas a tiempo cabal.
F. Bajo 18 años de edad.
G. Mayor de 65 años de edad.
H. Puede trabajar *(tal persona debe de completar formulario de registro para trabajo antes de que se pueda establecer eligibilidad para estampillas para comida).*

III. ¿Algunas de las personas que viven en casa pagan por cuarto, comida o ambos? ☐ **Sí** ☐ **No**
Si es sí, dé la siguiente información:

NOMBRE (Apellido, Primero)	MARQUE (✓)			CANTIDAD PAGADA	¿CADA Y CUANDO?		
	Cuarto	Comida	Ambos		Por Semana	Por Mes	Otro

2. ¿Vive cualquier miembro en la casa para da[illegible]idado a enfermos, servicios domesticos o cuidado de niños para que Usted o otros miembros de la casa puedan trabajar?
☐Si ☐No Si es sí, dé el nombre de esta persona:

3. ¿Viven otras personas en la casa? Si es sí, dé los nombres y condición - por ejemplo, ¿Comparten la casa o rentan? ¿Viven en parte separada de la casa? Explique en detalle: _____

4. ¿Tiene lugar para preparar [illegible]das cocinadas donde vive?
☐ Sí ☐ No

5. ¿Usted o su esposo(a) no pueden preparar comida por razones de salud? ☐Sí ☐No Si es sí, recibe Usted comidas de:
A. Programa de Meals on wheels ☐ Sí ☐ No
B. Comedor comun ☐ Sí ☐ No

6. ¿Es Usted, o cualquier miembro de casa, miembro de un centro de curación o rehabilitación de adictos a drogas o alcohol? ☐ Sí ☐ No Si es sí, dé el nombre:
¿Participa Usted como ☐residente o ☐no residente?

NOMAS PARA USO DEL CONDADO

IV. GASTOS.

Dé la siguiente información sobre gastos de su casa.

PONGA NOMAS LOS GASTOS QUE ACTUALMENTE SON PAGADOS.
Gastos pagados por otra persona o por otra manera deben de ser incluidos.

	CANTIDAD	Cada y cuando son esos gastos actualmente pagados: Semana	Cada 2 Semanas	2 veces al mes	Por mes	NÚMERO DE MESES QUE DEBE PAGAR
1. VIVIENDA						
a. Renta o pago de casa.	$					
b. Utilidades (no incluidas en la renta)						
(1) Combustible para cocina y calentar (incluyendo leña) . . .	$					
(2) Electricidad	$					
(3) Teléfono (cobro minimo por uno)	$					
(4) Agua	$					
(5) Desagüe y/o basura	$					
c. Impuestos y amillaramientos (pagos por año).						
(1) Impuestos de propiedad inmueble	$					
(2) Amillaramientos especiales (si requirido por ley)	$					
d. Pago de seguro de lumbre.	$					
2. MEDICOS						
a. Servicios medicos y dentales	$					
b. Hospital o cuido de enfermo	$					
c. Seguro de salud y medicare	$					
d. Drogas de prescripción	$					
e. Costos de transportación para cuidado medico	$					
f. Otro (especificamente) _____	$					
3. RAROS						
a. Remplazo o reparación de propiedad perjudicada o perdida por vandalismo, lumbre, robo, inundación, tormenta, ect. (Explique en pagina aparte, firme y ponga fecha)	$					
b. Gastos funerarios pagados por miembros de la casa (Explique en página aparte, firme y ponga fecha)	$					
4. OTROS						
a. Pago por cuidado de un niño o otra persona cuando necesario para que un miembro de la casa trabaje fuera de la casa. . . .	$					
b. Tutoria y cuotas mandatorias para la educación (no incluya el costo de libros y materiales)	$					
(1) Cuando pagado? _____						
(2) Pagado para quien? _____						
(3) A quien pagado? _____						
(4) Tiempo cubrido por el pago: De _____ a _____						
c. Pagos de suporte de niños o para el(la) ex-esposo(a) ordenados por corte	$					

5. Alguien que no es miembro de la casa paga por cualquiera de estos o otros gastos? ☐ Sí ☐ No
Si es sí dé la siguiente información:

NOMBRE DE LA PERSONA (Apellido, Primero)	TIPO DE GASTO	CANTIDAD PAGADA
		$
		$
		$

V. Anticipa Usted cambios en las circumstancias de su casa — ingresos y medios pecuniarios, lugar o manera de vivir o otras circumstancias — en el pronto futuro? ☐ Sí ☐ No Si es sí, explique en detalle.

NOMAS PARA USO DEL CONDADO

VI. Si soy eligible para estampillas para comida, yo quiero comprarlas (marque una)
☐ DOS VECES AL MES ☐ UNA VEZ AL MES

VII. Yo/nosotros desiamos que el valor de los estampillas para comida sean descontadas de mi/nuestro cheque de asistencia (si el condado da este servicio)
☐ SÍ ☐ NO

VIII. CERTIFICATION

Yo certifico que esta aplicación hacido examinada por mi (o leida a mi) y que la información dada es cierta y correcta a mi mejor creencia y saber. Estoy de acuerdo de dar a la oficina de estampillas para comida del Condado información necesaria para verificar las declaraciones hechas en esta aplicación y aqui doy permiso para que se obtenga tal verifi--cación. Tambien cooperare enteramente con empleados estatales y federales en revistas del control de calidad.

Estoy de acuerdo de informar dentro de 10 días a la oficina de estampillas para comida del condado de cualquier cambio de ingresos brutos o deducciones cuando cualquiera cambie en total más de $25.00 al mes dentro el tiempo de eligibi--lidad, o cualquier cambio de el número de personas en la casa, o cambio en la composición de la casa o arreglos y manera de vivir, o cualquier otro cambio de información que he dado porque tales cambios pueden afectar la eligibilidad de comprar estampillas para comida o la cantidad pagada por ellas.

Yo entiendo que cuando piense mudarme a otro condado o estado, es posible que mi eligibilidad para estampillas de comida se traspase con mi persona solo si yo reporto que me mudo a esta oficina de estampillas para comida antes de alejarme y obtengo el documento de traspaso FNS-286.

NO DISCRIMINACIÓN: Esta aplicación será considerada sin relación a raza, color, creencia religiosa, origen nacional, o creencias politicas.

Yo entiendo que yo tengo derecho a audiencia si no soy satisfecho(a) con la acción tomada tocante mi aplicación por la oficina de las estampillas para comida. Yo puedo discutir la acción con el departamento de bienestar del condado. Si quedo disatisfecho(a) con esta discusión, puedo pedir una audiencia con el Departamento de Pagos de Beneficios. La petición puede ser en escrito o por palabra, y debe de declarar porque no es satisfecho(a). La petición tiene que ser recibida por la Oficina del Jefe de Arbitros (Chief Referee) DBP, 744 P Street, Sacramento, California 95814, dentro de 90 días de la fecha postal de la noticia de acción adversa con la cual no estoy satisfecho(a). Puede ser que yo tenga derecho de continuar a recibir mis estampillas para comida si pido una audiencia dentro de 10 días de la fecha postal de la noticia de acción adversa.

ANTES DE FIRMAR SU NOMBRE, DEVUELVA Y EXAMINE QUE CUALQUIER ARTÍCULO QUE APLIQUE A SU CASA HA SIDO RESPONDIDO CORRECTAMENTE.

PENAS POR FRAUDE: Las leyes estatales y federales dan pena incluyendo multa, inprisionamiento o ambos a person--as alladas en delito de obtener estampillas para comida por las cuales no son eligibles por hacer declaraciones falsas; o;

FALTA DE REPORTAR PRONTO CUALQUIER CAMBIO DE CIRCUMSTANCIAS. Si la evidencia indica que tales individos violaron la ley voluntariamente, ellos seran referidos a la autoridad de enfuerzo de leyes para investigación y posible prosecución.

CUALQUIERA QUE AYUDA a otro a obtener estampillas para comida por fraude es sujecto a las mismas penas.

FIRMA (JEFE(A)) DE CASA O ESPOSO(A)	FECHA
FIRMA (REPRESENTANTE AUTORIZADO O OTRA PERSONA QUE COMPLETO LA APLICACIÓN)	FECHA
Si la aplicación es completada por representante autorizado adjunte autorización en escrito del jefe(a) de casa o el(la) esposo(a)	
SI FIRMADA CON "X" FIRMA DE TESTIGO(A)	FECHA
FIRMA DE TRABAJADOR(A) DE ELIGIBILIDAD QUE COMPLETO LA CERTIFICACIÓN	FECHA

Si desea que otra persona compre sus estampillas para Usted, dé el nombre y domicilio de el(ella):